PREVENTION de la IATROGENIE MEDICAMENTEUSE

MODULE OPTIONNEL DCEM 3 2012- 2013

Jean Luc BALDIN Médecin généraliste
Johan TETART interne DES 3 Médecine générale

29 Novembre 2012

Qu' est-ce que la IATROGENIE ?

(Médicamenteuse)

ETHYMOLOGIE :
Du grec iatros (médecin) et genos (origine)

➔Qui est provoquée par le médecin

Elle résulte de l' utilisation d' un médicament
-à dose thérapeutique
-ou mésusage

suite à la prescription du médecin
…ou par le patient! (auto-médication).

Qu' est-ce qu' un effet indésirable médicamenteux ?

EFFET INDESIRABLE d'un MEDICAMENT (E.I.M.)

Réaction nocive et non voulue à un médicament se produisant aux posologies normales

Inclut :
- Tous les médicaments (y compris les vaccins, les anesthésiques…)

MAIS AUSSI
- un mésusage du médicament
(posologie inadéquate, association contre-indiquée
prescription hors AMM …)

- un abus de médicament

MECANISMES des EFFETS INDESIRABLES MEDICAMENTEUX

1. IMMUNO- ALLERGIQUE

= réaction immunitaire

4 types différents (fonction du type d'anticorps…)

CONSEQUENCES

- Réadministration positive
  (avec aggravation éventuelle)

➔ PRODUIT CONTRE- INDIQUE A L'AVENIR

2. TOXICITE DIRECTE

Sans intervention d'un mécanisme immunologique

- Toxicité dose- dépendante

CONSEQUENCES

➔ READMINISTRATION POSSIBLE À PLUS FAIBLE DOSE

ENQUÊTES du RÉSEAU des CENTRES RÉGIONAUX de PHARMACOVIGILANCE

Incidence des EIM Graves (hospitalisation)	1998	2007
Globale	3.2%	3.76%
Après 65 ans	4.1%	4.91%
Médicaments cardio-vasculaires	**30%**	**21.6%**
Médicaments du SNC	16%	**26.3%**

Une question transversale : quelques exemples

Pédiatrie :
rash à l' amoxicilline sur une angine avec ADP cervicales importantes : MNI

Gériatrie :
hématome sous-dural sur surdosage AVK ou pb de la polymédication

Gastro :
maelena sur ulcère gastro-duodénal sous aspirine pour prévention secondaire

Cardio:
malaises hypotensifs chez une patiente après introduction d' un collyre béta-bl.

Néphro :
IRA sur automédication AINS par un patient hypertendu sous IEC

À VOUS !

Cas clinique n° 1

Cas I

Cas I :

Jeune interne de MG à Nice vous avez choisi comme premier stage la gériatrie court séjour à Cimiez.
Il est 20h et en attendant les résultats des bilans bio que vous avez demandé pour les patients admis cette après-midi vous profitez de votre début de garde calme pour dicter les comptes-rendus des sorties de la matinée.
Le téléphone de garde sonne, c'est l'interne de garde au SAU. « il te reste des lits ? – oui je t'écoute ». Il vous présente le cas d'un patient de 90 ans admis pour confusion avec TDM cérébral normal.
Il a une petite tension à 9/5, FC90, la sonde urinaire ne donne pas, pas de notion de trauma crânien, pas de fièvre, pas d'anomalies à l'examen neurologique en dehors des troubles de la conscience. Votre collègue et ami vous précise de façon informelle qu'il le trouve un peu mou et parle par ailleurs d'un érythème étendu du flanc gauche. Le bilan réalisé en urgence retrouve une natrémie à 150 mEq/l et Hb à 13.5g/dL, hyperkaliémie sans signes électrocardiaques à 5.9 mEq/l, urée 18 mmol, créat 172 micromol, cpk 3350mmol. L'aide ménagère qui a donné l'alerte à son retour de vacances est passée en coup de vent aux urgences pour amener le duplicata de la dernière ordonnance : digoxine, patch de fentanyl 12 microgramme/24h, cotareg 80/12,5(valsartan + hydrochlorothiazide)

1. La déshydratation peut-elle expliquer la confusion ?

2. Vous profitez d'être devant l'ordi de votre bureau pour afficher le bilan du patient qui vous est présenté par téléphone. Les résultats de la bio et de l'hémato vous ont été synthétisés par téléphone mais sur quel autre onglet cliquez-vous (quelle autre catégorie de résultats biologiques vous intéresse ici et pourquoi) ?

3. Parmi les médicaments cités quels sont ceux qui attirent votre attention et pourquoi ?

4. Un peu plus tard dans la soirée vous recevez l'appel de l'IDE libérale à qui vous aviez laissé un message et qui vous rappelle à la fin de sa longue journée. Un peu affolée, elle vous explique que depuis quelques jours le patient prend des gouttes pour agitation passagère qui ne figuraient pas sur l'ordonnance du traitement de fond. Il s'agit de Tiapridal (dci : tiapride) ou peut-être de Loxapac (dci : loxapine). Elle vous précise qu'il n'en a jamais pris par le passé. Elle se demande s'il ne faudrait pas doser ce médicament dans le sang ou peut-être transférer le patient en réa. Vous sentez qu'elle tourne autour du pot, c'est qu'elle a un diagnostic en tête pour expliquer cette confusion majeure mais n'ose pas l'évoquer. Lequel et qu'en pensez-vous ?

5. Elle vous demande ce qu'il en est des CPK : Que répondez-vous ? Quelle est selon vous l'explication la plus probable ?

6. On découvre une FA rapide en cours d'hospitalisation, vous décidez d'initier cordarone* (dci amiodarone). Quelle surveillance ?

7 . Le patient est sorti après sept jours d'hospitalisation pour un SSR. Cinq jours après son admission il a présenté une éruption cutanée érythémateuse, plus ou moins prurigineuse . Cette éruption est apparue brutalement sur le corps n'épargnant pas les grands plis . Il a été mis sous Ciprofloxacine 24 H auparavant pour une prostatite. Le médecin consciencieux du SSR vous appelle pour chercher avec vous une cause iatrogène. Sur quels éléments se base votre discussion ?

9. Par ailleurs, quelle précaution faut-il prendre lors de la prescription de ce médicament en particulier chez une personne âgée ?

10. L'amélioration sous antihistaminiques n'est que modérée et devant la gêne importante vous décidez de suspendre le traitement par amiodarone. Une tentative de diminution de posologie aurait-elle pu être tentée ? Pourquoi ?

11. Un mois plus tard les plaques n'ont toujours pas disparu. Votre hypothèse est-elle alors invalidée ? Pourquoi ?

12. Vous vous posez la question d'une déclaration au CRPV. Quels sont les caractéristiques d'un effet indésirable qui doivent motiver le praticien à déclarer ?

Corrections

Cas I :

Jeune interne de MG à Nice vous avez choisi comme premier stage la géria court séjour à Cimiez. Il est 20h et en attendant les résultats des bilans bio que vous avez demandé pour les patients admis cette après-midi vous profitez de votre début de garde calme pour dicter les comptes-rendus des sorties de la matinée. Le téléphone de garde sonne, c'est l'interne de garde au SAU. « il te reste des lits ? – oui je t'écoute ». Il vous présente le cas d'un patient de 90 ans admis pour confusion avec TDMc normal. Il a une petite tension à 9/5, FC90, la sonde urinaire ne donne pas, pas de notion de trauma cranien, pas de fièvre, pas d'anomalies à l'examen neurologique en dehors des troubles de la conscience. Votre collègue et ami vous précise de façon informelle qu'il le trouve un peu mou et parle par ailleurs d'un érythème étendu du flanc gauche. Le bilan réalisé en urgence retrouve une natrémie à 150 mEq/l et Hb à 13.5g/dL, hyperkaliémie sans signes électrocardiaques à 5.9 mEq/l, urée 18 mmol/l, créat 172 micromol/l, cpk 3350mmol. L'aide ménagère qui a donné l'alerte à son retour de vacances est passée en coup de vent aux urgences pour amener le duplicata de la dernière ordonnance : digoxine, patch de fentanyl, cotareg (ramipril + hydrochlorothiazide)

1. La déshydratation peut-elle expliquer la confusion ?

1. La déshydratation peut-elle expliquer la confusion ?

-Oui [5]

Non côté : de même que la déshydratation seule peut être responsable d'agitation, fièvre, malaise…

Mais ce n'est pas parce qu'on a une étiologie possible qu'on s'arrête là ! Ici, probablement, le patient a tout simplement moins bu car son aide ménagère était en congés. Mais les médicaments, toujours administrés malgré la déshydratation, vont rapidement aggraver la situation…

2. *Vous profitez d'être devant l'ordinateur de votre bureau pour afficher le bilan du patient qui vous est présenté par téléphone. Les résultats de la bio et de l'hémato vous ont été synthétisés par téléphone mais sur quel autre onglet cliquez-vous (quelle autre catégorie de résultats biologiques vous intéresse ici et pourquoi) ?*

-Pharmaco / dosage pharmacologiques [5]

-Digoxinémie [5]

Non côté : justification = patient sous digoxine en cours d'épisode aigu de déshydratation-> risque de surdosage

Surdosage en digoxine très confusiogéne et fréquent

3. *Parmi les médicaments cités quels sont ceux qui attirent votre attention et pourquoi ?*

-Diurétique [1]:
Un des facteurs du primum movens / aggrave la déshydratation [1]
Aggrave l'hyperkaliémie en cours [1]
Aggrave l'hypotension [1]
Arrêt [2] (zéro sur ces points si pas d'arrêt des diurétiques)

-AAII [1]:
Aggrave l'hyperkaliémie en cours [1]
Aggrave l'hypotension [1]

-Morphinique [1]: - lors d'épisode de déshydratation, risque de surdosage [1]
- dans un contexte de surdosage, confusion fréquente [1]

-Digoxine [1]: - lors d'épisode de déshydratation, risque de surdosage [1]
- dans un contexte de surdosage, confusion fréquente [1]

4. *Un peu plus tard dans la soirée vous recevez l'appel de l'IDE libérale à qui vous aviez laissé un message et qui vous rappelle à la fin de sa longue et lucrative journée. Un peu affolée, elle vous explique que depuis quelques jours le patient prend des gouttes pour agitation passagère qui ne figuraient pas sur l'ordonnance du traitement de fond. Il s'agit de Tiapridal (dci : tiapride) ou peut-être de Loxapac (dci : loxapine). Elle vous précise qu'il n'en a jamais pris par le passé. Elle se demande s'il ne faudrait pas doser ce médicament dans le sang ou peut-être transférer le patient en réa. Vous sentez qu'elle tourne autour du pot, c'est qu'elle a un diagnostic en tête pour expliquer cette confusion majeure mais n'ose pas l'évoquer. Lequel et qu'en pensez-vous ?*

-Syndrome malin des neuroleptiques [3]

-Tableau clinique non évocateur : pas de fièvre [2], pas de rigidité [2]

Remarque : dans ce cas on ne dose pas les neuroleptiques de toutes façons

5. *Elle vous demande ce qu'il en est des CPK : Que répondez-vous ? Quelle est selon vous l'explication la plus probable ?*

-Ils sont élevés [2].

-Et en effet, il y a une élévation des CPK dans le syndrome malin des neuroleptiques [1], mais le tableau ici ne correspond pas.

-L'explication la plus probable est la rhabdomyolyse [5], suite à une station au sol prolongée [3] après chute au domicile (ce qui explique l'érythème du flanc).

Non coté : écarter un syndrome coronarien aigu sur l'ECG

6. *On découvre une FA rapide en cours d'hospitalisation, vous décidez d'initier cordarone* (dci amiodarone). Quelle surveillance ?*

Bilan pré-thérapeutique / avant l'initiation du traitement [1] : ECG, kaliémie [1], transaminases, TSH

Pendant le traitement :
- ECG [1] : allongement du QT (pas grave) troubles de la conduction (par ex BAV 2 ou 3 !)
- TSH [2] et transa [2] tous les 6 mois
- Examen ophtalmologique [1] annuel (névrite optique…)
- Surveillance clinique [1] : essentiellement respiratoire en raison du risque de pneumopathie interstitielle ou alvéolaire diffuse.)

Non côté : Risque de photosensibilisation, en informer le malade.

7. Le patient est sorti après sept jours d'hospitalisation pour un SSR. Cinq jours après son admission il a présenté une éruption cutanée érythémateuse, plus ou moins prurigineuse . Cette éruption est apparue brutalement sur le corps n'épargnant pas les grands plis . Il a été mis sous Ciprofloxacine 24 H auparavant pour une prostatite. Le médecin consciencieux du SSR vous appelle pour chercher avec vous une cause iatrogène. Sur quels éléments se base votre discussion ?

-Imputabilité intrinsèque [3] critères chronologiques [5], sémiologiques (3)

Les critères intrinsèques comprenant les critères chronologiques et sémiologiques.

En faveur de la cordarone, médicament d'introduction récente (12 jours)

Non coté : Imputabilité extrinsèque ➔faible dans le cas de la cordarone (classiquement : pénicilline, autres atb, …)
mais secondaire dans le raisonnement par rapport à la chronicité évocatrice.

Ciprofloxacine: délai trop court SAUF si le patient a déjà été exposé à la ciprofloxacine (sensibilisation)

Non coté : recherche d'autres médicaments introduits dans l'intervalle
ou dont la posologie aurait été augmenté
ou de médicaments qui auraient été arrêté puis repris

La notion d'imputabilité : et si c'était le médicament ?!

- Extrinsèque (bibliographie):
médicament connu pour entraîner l'effet indésirable en question (vidal…)

- Intrinsèque :

- sémiologique(clinique évocatrice, pas d'autres étiologies retrouvées)

-et surtout chronologique !!
(régression après l'arrêt : mais attention aux ½ vies longues)
(effet similaire lors d'une réintroduction accidentelle)

➢Chercher le responsable parmi les médicaments :
- introduits récemment
- ou dont la posologie a été majorée récemment
- (ou encore qui avait été arrêtés et ont été repris récemment)

Allergie ou intolérance ?

• effets digestifs fréquents :
intolérance avec nausées/vomissement, diarrhée.
L' intolérance n' est pas une allergie vraie.
-> pas de contre-indication

• sémiologie typique de l' allergie immédiate : l' urticaire
(érythème maculeux fugace migrant avec prurit++)
risque d' œdème de Quincke voire de choc anaphylactique
-> contre-indication définitive formelle

Éruptions cutanées

En iatrogénie, toutes les formes d' éruption peuvent se voir.

Mais le caractère polymorphe sera particulièrement évocateur de toxidermie.
La localisation préférentielle est le tronc et la racine des membres.

On recherchera les médicaments commencés récemment
(quelques jours voire semaines).

Autres : - photosensibilisation
- érythème pigmenté fixe

➢Devant une éruption chez l' enfant on pensera immédiatement à une virose, chez l' adulte ou la personne âgé : il faut évoquer le rôle du médicament!!

Délai de survenue par rapport au début du traitement

- Urticaire (œdème de Q) qq mn à 4 h
- Erythème pigmenté fixe qq heures (< 24 h) → 72h
- Pustulose.Exanthématique Aigue Généralisée
  < 2 jours
- Eruption maculo papuleuse 5 – 10 jours
- Purpura vasculaire 7 – 21 jours
- Erythème polymorphe
  Stevens Johnson 7 – 21 jours
  Lyell
- Erythrodermie 15 – 30 jours
- DRESS 1 – 6 semaines

8. *Par ailleurs, quelle précaution faut-il prendre lors de la prescription de ce médicament en particulier chez une personne âgée ?*

-Adaptation posologique [5]
-Selon la fonction rénale [3]
-Pour ce médicament à élimination rénale [1]
-Pour éviter les effets toxiques [1] liés au surdosage

Non coté : formule de Cockroft

L' ADAPTATION POSOLOGIQUE

Y penser systématiquement chez le sujet âgé devant toute prescription d'un médicament éliminé par voie rénale

- 3 formules pour l' évaluation du débit de filtration :
  Cockcroft et Gault, MDRD et CKD-EPI

HAS (mars 2012) : préférer CKD-EPI pour évaluer la clairance

MAIS formule Cockcroft à utiliser pour l'adaptation posologique des mdts

-En pratique ne pas hésiter à consulter les RCP dans une base de données :

- Vidal
- Banque Claude Bernard (BCB)
- Thériaque (validée par l'HAS)

-Problème des médicaments à index thérapeutiques faibles : dosage sanguin

- Antibiotiques
- digoxine
- Immunosuppresseurs …..

9. *L'amélioration sous antihistaminiques n'est que modérée et devant la gêne importante vous décidez de suspendre le traitement par amiodarone. Une tentative de diminution de posologie aurait-elle pu être tentée ? Pourquoi ?*

- Non, [1]
- Mécanisme immunoallergique [5] donc n'est pas dose-dépendant.

Non coté : le caractère brutal de l'éruption est un critère sémiologique fortement en faveur du mécanisme immunoallergique

10. *Un mois plus tard les plaques n'ont toujours pas disparu. Votre hypothèse est-elle alors invalidée ? Pourquoi ?*

-Non [1]
-Demi-vie du médicament [3]
-longue / élimination longue [2]

Non coté : de 20 à 100j (variabilité interindividuelle)

11. *Vous vous posez la question d'une déclaration au CRPV. Quels sont les caractéristiques d'un effet indésirable qui doivent motiver le praticien à déclarer ?*

Les critères qui rendent indispensable une déclaration au CRPV sont :
-Inattendu / rare [5] (non répertorié dans les RCP)
OU
-Grave [5]

Non coté : obligation légale.

QUE DECLARER ?

Tout EFFET GRAVE ayant :

- motivé une hospitalisation (ou sa prolongation)
- mise en jeu du pronostic vital
- entraîné une malformation ou anomalie congénitale
- engendré une incapacité durable
- entraîné le décès

Tout EFFET INATTENDU,
non mentionné dans son type, sa gravité ou sa fréquence dans le R.C.P

Tout EFFET INDESIRABLE avec un PRODUIT SANGUIN STABLE

DECLARATION DES EFFETS INDESIRABLES

Tout médecin, chirurgien dentiste ou sage-femme ayant constaté un effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être dû à un médicament ou produit mentionné à l'article R.5144-1, qu'il l'ait ou non prescrit,
doit en faire la déclaration immédiate au Centre de Pharmacovigilance.

(Décrets n° 95-278 du 13 mars 1995 et n° 95-566 du 6 mai 1995

COMMENT ET A QUI DECLARER DECLARER LES EIM ?

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

N° 10011701

DÉCLARATION D'EFFET INDÉSIRABLE SUSCEPTIBLE D'ÊTRE DÛ À UN MÉDICAMENT OU PRODUIT MENTIONNÉ À L'ART. R.5144-1

Art. L. 601-18 et 1f, R. 5144-1 à 3 du Code de la Santé publique

AGENCE DU MÉDICAMENT

PHARMACOVIGILANCE

Les informations recueillies seront, dans le respect du secret médical, informatisées et transmises au centre régional de pharmacovigilance et à l'Agence du Médicament.
Le droit d'accès et de rectification s'exerce auprès du centre régional de pharmacovigilance auquel a été notifié l'effet indésirable, par l'intermédiaire du praticien déclarant ou de son médecin désigné par lui. Le droit d'accès de rectification s'exerce auprès du centre régional de pharmacovigilance auquel a été notifié l'effet indésirable, conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978.

DÉCLARATION À ADRESSER PAR LE Centre de Pharmacovigilance :

Patient traité

Nom (2 premières lettres)

Prénom (2 premières lettres)

sexe F M

département de résidence

Date de naissance

ou

Âge

Poids

Taille

S'il s'agit d'une nouveau-né, les produits ont été pris :
- par la maman lors
- lors de l'accouchement
- par contact cutané ou grossesse
- lors de la grossesse : trimestre 1, 2, ou 3

cachet du médecin déclarant

ou

le médecin désigné par le patient

Antécédents / maladies connues :

Produits

Nom	Voie	Posologie	Début	Fin	Indication
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Un de ces produits a-t-il été arrêté ? Si oui, date d'arrêt

Un de ces produits est-il réintroduit ? Si oui, date de réintroduction

réapparition de la réaction après l'arrêt de ces produits ?

réapparition de la réaction après réintroduction ?

En cas d'administration de : **médicament dérivé du sang** ▶ indiquer son N°

nom du prescripteur

numéro de tél. du prescripteur

service hospitalier dans lequel le produit a été administré

pharmacie qui a délivré le produit

En cas d'administration de : **produits sanguins labiles** ▶ préciser leur dénomination, ainsi que leur Numéro de lot

Effet

département de survenue

date de survenue

durée de l'effet

autres éléments de description de l'effet : utiliser le cadre A3 verso

Gravité

- décès
- mise en jeu du pronostic vital
- incapacité ou invalidité permanente
- hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation

Evolution

- guérison sans séquelle
- décès dû à l'effet
- décès sans rapport avec l'effet
- sujet non accessible

- guérison avec séquelle
- décès auquel l'effet a pu contribuer
- inconnue

Drs Baldin, Malatr
octobre 2012

Description de l'effet indésirable :

Les obligations de signalement.

Article R.5144-19 du Code de la Santé publique :

Tout médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme ayant constaté un effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être dû à un médicament ou produit mentionné à l'article

Les médicaments dérivés du sang.

Article R.5144-35 du Code de la Santé publique :

Tous les professionnels de santé ayant constaté un effet indésirable susceptible d'être dû à un médicament dérivé du sang doivent en faire la déclaration immédiate dans les conditions

Le rôle des professionnels de santé en matière de pharmacovigilance

1. Notifier au centre de pharmacovigilance du lieu d'exercice du praticien déclarant, le plus rapidement possible :

3. Informer les patients en application de la loi du 6 janvier 1978 des déclarations les concernant adressées au centre de

ools Help

ser les liens Web Slice Gallery

ilance

CRPV Nice Alpes Côte d'Azur

Centre Régional de Pharmacovigilance

http://centre-pharmacovigilance-nice.fr

Vous n'êtes pas connecté | Mercredi 20 Juin 2012 à 18:56 | Connexion

Navigation

- Accueil
- La Pharmacovigilance
- Le CRPV de Nice
- Bibliothèque
- Liens utiles

Infos pratiques

CENTRE REGIONAL DE PHARMACOVIGILANCE DE NICE

HOPITAL DE CIMIEZ
4 AVENUE REINE VICTORIA BP 1179
06003 NICE CEDEX 1

Tél. : 0492034708
Fax : 0492034709

Siret : 26060070500040

Bienvenue !

Bienvenue aux professionnels de santé et aux patients des Alpes Maritimes, du Var ou des Hautes Alpes.

Vous pouvez déclarer vos effets indésirables médicamenteux et obtenir des informations sur le bon usage du médicament.

Formulaires de déclaration d'effets indésirables médicamenteux

Vous êtes :

Patient | Professionnel de Santé

Contacter l'équipe de Pharmacovigilance

Une question ?

Contactez l'équipe du CRPV, par l'intermédiaire de ce **formulaire**

Recevez notre bulletin d'informations

Actualités

- Notre dernier bulletin
- ANSM : Point d'information
- ANSM : Lettre aux professionnels de santé
- ANSM : Messages d'alerte

Centre Régional de Pharmacovigilance de NICE

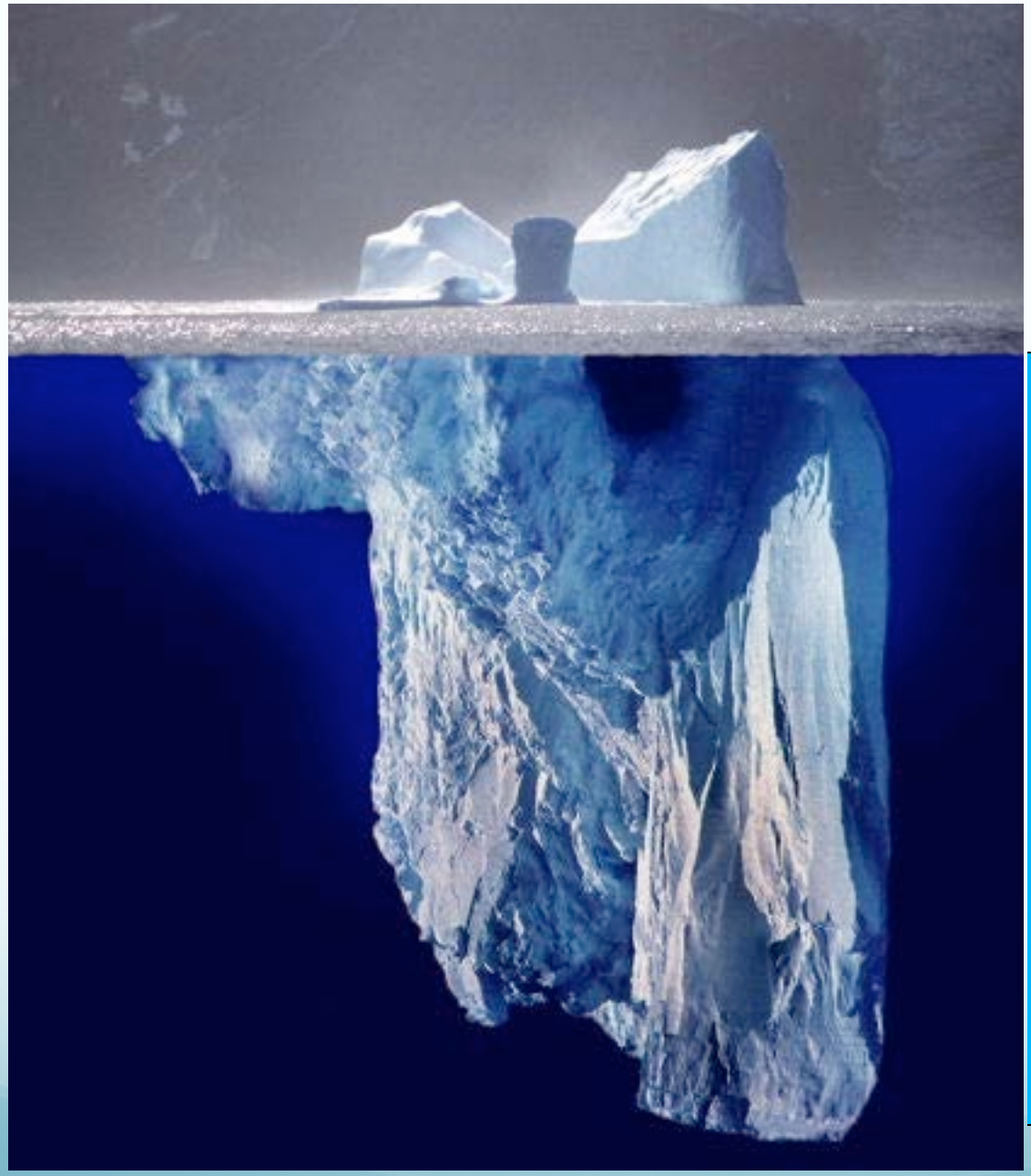
Hôpital Cimiez - BP 1179 -
06003 Nice Cedex

☐ 04.92.03 47 08

Fax : 04.92.03 47 09

E-MAIL : pharmacovigilance@chu-nice.fr

Déclaration des effets indésirables médicamenteux



Notifications

Sous notifications

À VOUS !

Cas clinique n° 2

Iatrogénie (cours Med Gé du 29/11/12)

Cas II :

Monsieur M., 67 ans, résume bien ses antécédents : « Moi j'ai tout : la tension, le cholestérol, et j'ai fait l'infarctus ! Et puis ce qui m'embête vraiment c'est mon genou, mais ça, je ne les laisserai pas y toucher ! » Monsieur M. n'aime pas trop les médecins, surtout depuis qu'il a fait une réaction allergique avec gonflement du visage sous augmentin* prescrit pour une pneumopathie il y a plusieurs hivers.
En cette belle matinée, le coude sur le comptoir, il explique à un collègue que depuis quelques jours, et chaque fois précisément au moment de rentrer chez lui rejoindre sa femme pour le déjeuner, il ressent une vive douleur abdominale haute : «là ça me reprend, c'est comme une brûlure qui me serre fort fort, ».

1. L'habitué lui répond avec un sourire moqueur « c'est qu'elle doit pas être commode ta douce ! » Et vous, comment définiriez-vous en termes médicaux les symptômes décrits par monsieur M. et quels sont les facteurs déclenchants probables que vous évoqueriez à partir de cette vignette ?

Finalement après trois mois, les douleurs ne régressent pas. Il va voir son médecin traitant (pour la première fois depuis plusieurs années, son neveu pharmacien lui délivrant son traitement sans ordonnance). A la question "avez-vous remarquez que vos selles sont plus foncées?", il répond « Oui, noires. Et ça sent pas la rose avec ça ces derniers temps, sauf votre respect docteur». Les conjonctives sont pâles, il paraît essoufflé au moindre effort, et une prise en charge en urgence est organisée grâce au réseau de correspondants du médecin généraliste.

2. Il précise systématiquement à ses confrères spécialistes les antécédents cardiologiques du patient et son traitement ad hoc : en effet certaines précautions spécifiques doivent être prises, lesquelles ?

On retrouve à la fibroscopie gastro-duodénale, un ulcère au niveau du bulbe duodénal avec caillots adhérents. Le patient bénéficie d'un traitement endoscopique.
Lors de sa prise en charge dans la clinique St Frusquin une FA a été diagnostiquée et une anticoagulation a été débutée avec relai AVK.

3. Professionnel consciencieux, vous reprenez l'éducation thérapeutique avec votre patient concernant ce nouveau traitement. Soucieux de mettre toute les chances de notre côté avec ce patient difficile, vous vous armez de patience et vous lui faites la totale. Détaillez.

4. L' anapath des biopsies antrales retrouve un H.P+ dans le mucus de surface.
Quel traitement de son helicobacter pilori ?

5. Vous recevez sur votre ordinateur la semaine suivante les résultats envoyés par le laboratoire : l'INR est à 4 alors que le traitement était équilibré sur le bilan précédent. Quelles hypothèses sur la cause ?

6. Vous perdez de vue le patient qui revient vers vous six mois plus tard traîné par sa fille (que vous suivez par ailleurs) et qui vous montre un bilan dont elle a entouré les valeurs anormales. INR 1,2.
Vous apprenez que le bilan a été réalisé avec une ancienne ordonnance sous l'impulsion de la fille qui a décidé de le « bouger » et a même réussi à l'emmener chez le cardiologue le mois dernier. En regardant le récipicé de la pharmacie au dos de l'ordonnance (la prescription du cardio est illisible) vous vous apercevez que vous ne retrouvez pas de molécules correspondants aux AVK. Citez deux DCI. Par contre a été introduit du dabigatran sous sa spécialité pradaxa*.
Discutez les arguments de l'indication de cette molécule et les précautions.

7. Sa fille en profite pour vous demandez votre avis pour des nausées un peu gênantes avec un épisode de vomissement. « Je vous dirais bien que ça ressemble à quand j'étais enceinte de mon premier mais là je prends la pilule et c'est vraiment pas le moment !»
Elle vous pose sur le bureau en guise de preuve les blisters vides de sa minidril* (éthinylestradiol 30mg + lévonorgestrel 150mg).

Quelles causes d'inefficacité de la contraception recherchez-vous dans votre anamnèse et pourquoi?

8. Elle vous confie être allé voir récemment un psychiatre qui lui a prescrit un traitement de fond dont elle n'a pas retenu le nom. Vous pensez que ce médicament pourrait être responsable de ses vomissements, la chronologie étant évocatrice. Elle prononce avec une grimace une onomatopée censée vous évoquez un nom de médicament ; les sons inarticulés qu'elle produit vous évoque la carbamazépine. Quels mécanismes pourraient être en cause pour cette classe de médicament? Finalement elle se souvient du nom du générique que lui a vendu le pharmacien : « paroxetine ! ». Faut-il proposer l'arrêt du médicament ?

Corrections

Cas II :

Monsieur M., 67 ans, résume bien ses antécédents : « Moi j'ai tout : la tension, le cholestérol, et j'ai fait l'infarctus ! Et puis ce qui m'embête vraiment c'est mon genou, mais ça, je ne les laisserai pas y toucher ! » Monsieur M. n'aime pas trop les médecins, surtout depuis qu'il a fait une réaction allergique avec gonflement du visage sous augmentin prescrit pour une pneumopathie il y a plusieurs hivers.*
En cette belle matinée, le coude sur le comptoir, il explique à un collègue que depuis quelques jours, et chaque fois précisément au moment de rentrer chez lui rejoindre sa femme pour le déjeuner, il ressent une vive douleur abdominale haute : «là ça me reprend, c'est comme une brûlure qui me serre fort fort, ».

1. L'habitué lui répond avec un sourire moqueur « c'est qu'elle doit pas être commode ta douce ! » Et vous, comment définiriez-vous en termes médicaux les symptômes décrits par monsieur M. et quels sont les facteurs déclenchants probables que vous évoqueriez à partir de cette vignette ?

1.

-Epigastralgie [2]
-Aigue [1]
-rythmée par les repas / post-prandial tardive / calmée par les repas [1]
(non côté : gastrite)

-Ains /automédication [3]
(non coté : prises ponctuelles probables en rapport avec les gonalgies)
-Alcool [3]
(non coté : autres = primo infection H.p., tabac, stress…)

Finalement après trois mois, les douleurs ne régressent pas. Il va voir son médecin traitant (pour la première fois depuis plusieurs années, son neveu pharmacien lui délivrant son traitement sans ordonnance). A la question "avez-vous remarquez que vos selles sont plus foncées?", il répond « Oui, noires. Et ça sent pas la rose avec ça ces derniers temps, sauf votre respect docteur». Les conjonctives sont pâles, il paraît essoufflé au moindre effort, et une prise en charge en urgence est organisée grâce au réseau de correspondants du médecin généraliste.

2. Il précise systématiquement à ses confrères spécialistes les antécédents cardiologiques du patient et son traitement ad hoc : en effet certaines précautions spécifiques doivent être prises, lesquelles ?

2. Remarque : au vu de ses atcd, HTA + dyslipidémie + cardiomyopathie ischémique : il prend du kardegic, des statines, des béta-bloquants et des IEC!

-Stop antiagrégant plaquettaire [5] car hémorragie active ZERO à la question si pas d'arrêt

-Taux d'hémoglobine seuil pour la transfusion abaissé [3] chez ce patient coronarien

-Réalisation d'un ECG [3] : devant un tableau clinique franc d'anémie aigüe, on s'assure étant donné le terrain qu'elle n'entraîne pas de décompensation ischémique (l'anémie est un facteur de risque de SCA).

Remarque : par ailleurs des épigastralgies peuvent être la manifestation d'un SCA (donc y penser chez un coronarien).

(non coté : cs anesth pour AG)

On retrouve à la fibroscopie gastro-duodénale, un ulcère au niveau du bulbe duodénal avec caillots adhérents. Le patient bénéficie d'un traitement endoscopique.
Lors de sa prise en charge dans la clinique St Frusquin une FA a été diagnostiquée et une anticoagulation a été débutée avec relai AVK.

3. Professionnel consciencieux, vous reprenez l'éducation thérapeutique avec votre patient concernant ce nouveau traitement. Soucieux de mettre toute les chances de notre côté avec ce patient difficile, vous vous armez de patience et vous lui faites la totale. Détaillez.

-3. carnet de suivi des INR [1]
(non coté : doit être rempli et rapporté lors de toute consultation avec un professionnel de santé)
(non coté : carte des patients sous AVK dans le portefeuille, en cas d'AVP…)
(non coté : explication de la maladie et du traitement)
(non coté : respecter la dose prescrite)
-prise à heure fixe [2]
-pas d'automédication [2]
(non coté : avis avant chirurgie, dentiste…)
-alimentation / choux, alcool… [1]
-apprentissage des signes nécessitant une PeC urgente [2] : saignement – signes pouvant évoquer saignement interne (pâleur et fatigue, maux de tête resistants…)
-évaluer la compréhension du patient / lui demander de reformuler ou synthétiser l'apprentissage [2]
-en cas de difficulté : implication et éducation de l'entourage / proposition d'administration par IDE [1]
(non coté : contre-indiquer la pratique de sport violent)

LA RESPONSABILITE DU MEDECIN EST IMPLIQUEE DANS

L' EDUCATION THERAPEUTIQUE

-s' assurer de la bonne compréhension du patient :
  -en le faisant reformuler
  -en le laissant poser des questions

-impliquer le patient dans sa prise en charge
  -meilleure observance
  -codécision : loi du Kouchner du 04/03/02

AUTO-MEDICATION

Poser des questions directes au patient à la recherche de prises médicamenteuses « non déclarées » :

-antalgiques ou anti-inflammatoires de prise occasionnelle

-phytothérapie ou médecine alternative (millepertuis…)

Problème des médicaments délivrés sans ordonnance (« non listés »)

Le voisin ou la coiffeuse avait pourtant à peu près la même chose et ça lui a très bien réussi…

POLYMEDICATION

Lors de toute prescription, avoir en tête la notion de bénéfice/risque

➢voir cours de ce module sur les spécificités de la prise en charge gériatrique

4. *L' anapath des biopsies antrales retrouve un H.P+ dans le mucus de surface.*
Quel traitement de son helicobacter pilori ?

-Pas de traitement séquentiel [5] car allergie aux pénicillines [2]

-Quadrithérapie bismuthée / bismuth, tetracycline, métronidazole, IPP [3]

ZERO à la question si un traitement avec amoxicilline proposé

5. *Vous recevez sur votre ordinateur la semaine suivante les résultats envoyés par le laboratoire : l'INR est à 4 alors que le traitement était équilibré sur le bilan précédent. Quelles hypothèses sur la cause ?*

-erreur de prise [5]
-interaction médicamenteuse avec les antibiotiques [5]
(non coté : fréquent avec les cyclines)

6. Vous perdez de vue le patient qui revient vers vous six mois plus tard traîné par sa fille (que vous suivez par ailleurs) et qui vous montre un bilan dont elle a entouré les valeurs anormales. INR 1,2.
Vous apprenez que le bilan a été réalisé avec une ancienne ordonnance sous l'impulsion de la fille qui a décidé de le « bouger » et a même réussi à l'emmener chez le cardiologue le mois dernier. En regardant le récipicé de la pharmacie au dos de l'ordonnance (la prescription du cardio est illisible) vous vous apercevez que vous ne retrouvez pas de molécules correspondants aux AVK. Citez deux DCI. Par contre a été introduit du dabigatran sous sa spécialité pradaxa*.
Discutez les arguments de l'indication de cette molécule et les précautions.

6.

Au moins 2 sur les 3 -> [3] ZERO à la question sinon

-coumadine

-warfarine

-acénocoumarol

Discussion de l'indication :

- INR ininterprétable / pas de dosage disponible / pas de contrôle biologique possible de l'efficacité ou d'un éventuel surdosage [1]
- donc discutable chez un patient peu observant [1]
- de plus hémorragie digestive récente / risque hémorragique [2]

(non coté : patient de plus de 65 ans, FA avec facteurs associés : HTA et coronaropathie)

Précautions :

- évaluation de la fonction rénale / clairance de la créatinine / Cockroft / DFG [3]
  - car l'insuffisance rénale sévère est une contre-indication [1]
- et la posologie doit être adaptée [1]

7. Sa fille en profite pour vous demandez votre avis pour des nausées un peu gênantes avec un épisode de vomissement. « Je vous dirais bien que ça ressemble à quand j'étais enceinte de mon premier mais là je prends la pilule et c'est vraiment pas le moment !»
Elle vous pose sur le bureau en guise de preuve les blisters vides de sa Minidril* (éthinylestradiol 30mg + lévonorgestrel 150mg).

Quelles causes d'inefficacité de la contraception recherchez-vous dans votre anamnèse et pourquoi?

7.

- interaction médicamenteuse / nouvelle prise médicamenteuse [5]
- recherchez les inducteurs enzymatique / inducteurs du cytochrome p450 [1]
- en particulier : antiépileptique / carbamazépine / phénobarbital [1]
- millepertuis / phytothérapie [1]

(non coté : rifampicine / antituberculeux / anti rétroviraux)

- erreur de prise / problème d'observance [5] (malgré les allégations)
- CAR cause la plus fréquente [2]

(non coté : pas de chance, indice de Pearl=0.3 considéré très efficace)
(vs condom indice de pearl=3 : nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant une contraception donnée durant un an)

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

-Cytochrome p450 :

Les inducteurs favorisent le métabolisme du médicament -> inefficacité
des contraceptifs oraux
des AVK …….

Les inhibiteurs ralentissent le métabolisme du médicament -> surdosage INR

MAIS aussi d'autres mécanismes …..

Regarder dans une base de données n' est pas une preuve d' incompétence mais plutôt la marque d' un travail consciencieux!

-> site spécifique de l' ANSM : thésaurus des IAM mis à jour régulièrement

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

4 niveaux de gravité ,classés par ordre décroissant

CONTRE – INDICATION: (Absolue)

ASSOCIATION DECONSEILLEE:(contre-indication “relative”)
associations à éviter sauf mise en œuvre de mesures adaptées et examen du B/R

PRECAUTIONS D’ EMPLOI:
association possible en respectant les recommandations décrites

8. Elle vous confie être allé voir récemment un psychiatre qui lui a prescrit un traitement de fond dont elle n'a pas retenu le nom. Vous pensez que ce médicament pourrait être responsable de ses vomissements, la chronologie étant évocatrice. Elle prononce avec une grimace une onomatopée censée vous évoquez un nom de médicament ; les sons inarticulés qu'elle produit vous évoque la carbamazépine. Quels mécanismes pourraient être en cause pour cette classe de médicament? Finalement elle se souvient du nom du générique que lui a vendu le pharmacien : « paroxetine ! ». Faut-il proposer l'arrêt du médicament ?

8.
- classe des régulateurs de l'humeur [2]
- ET des anti-épileptiques [1]
- premier mécanisme : inducteur enzymatique [5] (donc risque de grossesse liée à l'inefficacité de la pilule)
- second mécanisme : effet indésirable [3] classique

- Non, [2]
- pour la classe des sérotoninergiques [1], à l'instauration
- effets indésirables régressifs [5]
(qui disparaissent généralement au cours des 2 premières semaines)
(non coté : gêne modérée)

Mise à jour de la base le
26/11/2012

Nom d'utilisateur | Mot de passe | Mémoriser | OK

ACCUEIL | LISTING | RECOMMANDATIONS | ANALYSE | INFORMATIONS UTILES | ACTUALITES | NOS OFFRES | QUI SOMMES-NOUS

thériaque

**Saisissez une spécialité, une substance active,
une classe pharmacothérapeutique,
un critère clinique, un générique...
pour accéder à une information complète**

RECHERCHE SIMPLE RECHERCHE AVANCÉE

Afficher les spécialités supprimées (NSFP)

Sélectionnez un mode de recherche — Recherche rapide

Précisez votre recherche — Médicament ou substance active

VEUILLEZ VOUS CONNECTER

HON CERTIFIÉ 03/2011

Ce site respecte les principes de la charte HONcode.
Site certifié en partenariat avec la Haute Autorité de Santé (HAS). Vérifiez ici.

Mentions légales

La réalisation et la diffusion de Thériaque, banque de données sur tous les médicaments disponibles en France, est assurée par le CNHIM, Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament.Pour tout contact : bal.theriaque@orange.fr Conception et mise en page © 2011 Bilog

THÉRIAQUE INFO N°18 - DÉCEMBRE 2012

Dossier du CNHIM : abonnez-vous ici.

thériaque info

L'information actualisée sur les médicaments disponibles en France

Dans ce numéro :

ACTUALITÉS THÉRIAQUE

ASTUCE DU MOIS : Utilisation du module analyse de Thériaque

ESBRIET®

Nouvelle substance active

FLUENZ®

Nouvelle spécialité

ILARIS®

Nouvelle forme galénique

INLYTA®

Nouvelle spécialité

NOVOSEVEN® 8 MG (400 KUI)

Nouveau dosage

PHEBURANE®

Nouvelle ATU de cohorte

REVATIO®

Nouvelle forme galénique

SIKLOS®

ATU devenue AMM, et

Vous pouvez retrouver les informations proposées par le CNHIM et la baseThériaque® sur Internet ainsi que dans le dernier numéro de *Dossier du CNHIM*, XXXIII, 2012, 5 « Maladie de Wilson : place de la Trientine dans la stratégie thérapeutique » par Camille Allely, Marie-Caroline Husson, France Woimant et avec la participation du comité de rédaction.

ACTUALITÉS THÉRIAQUE

L'ASTUCE DU MOIS : Utilisation du module analyse de Thériaque

Page d'Accueil -> Rubrique Analyse

La rubrique "Analyse" du site Thériaque est constitué de 3 fonctions :

- Etape 1 : la fonction "Analyse" permet de détecter les interactions médicamenteuses cliniquement significatives et analyser l'ordonnance enfonction du terrain physiopathologique du patient.
  Le profil du patient peut-être désactivé en cliquant sur NON au niveau de l'item "Profil patient activé".
- Etape 2 : la fonction "Interaction" : permet de détecter les interactions médicamenteuses cliniquement significatives.
  Dans ce module, vous pourrez choisir le nom de fantaisie ou la DCI.
- Etape 3 : la fonction "(in)compatibilité": permet d'obtenir les fiches (in)compatibilités (compatibilités ou incompatibilités physico-chimiques), à partir de l'entrée d'un ou de deux médicaments en solution (perfusion IV) au sein d'un même véhicule liquide (vecteur) et/ou dans un contenant particulier et/ou au contact d'un matériau particulier.

Si vous souhaitez afficher les spécialités supprimées n'oubliez pas de cocher la case Afficher les spécialités NSFP au départ !

ADHÉSION AU CNHIM
Adhérez au CNHIM et devenez membre actif

Thériaque info est la lettre d'information de la base de données Thériaque®, agréée par la HAS. La réalisation et la diffusion de cette base de données, créée en 1982, est assurée par le CNHIM, Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament, avec la volonté de fournir aux professionnels de santé une information indépendante et exhaustive.
Thériaque® est le fruit du travail d'un réseau de praticiens qui mutualisent leurs expertises pour construire un outil qui réponde aux pratiques de terrain.

LES ACTIVITÉS DU CNHIM

. Base Thériaque®

www.theriaque.org

Theriaque info : cnhim@bilog.fr

Web Slice Gallery

Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

CRAT - Hôpital Armand-Trousseau - PARIS

MEDICAMENTS

VACCINS

DEPENDANCES

PATHOLOGIES

IMAGERIE

EXPOSITIONS PATERNELLES

Le Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT)

Service d'information sur les risques des médicaments, vaccins, radiations et dépendances, pendant :

- **la grossesse**
- **l'allaitement**

Le site du CRAT est destiné aux professionnels de santé.

Le financement du CRAT est exclusivement public et indépendant de l'industrie pharmaceutique.

Vaccin rougeole trivalent allaitement
>> Cliquer ici

Anti-TNF fin de grosses
>> Enfants immunodéprimés

Paracétamol et cryptorchidie
>> Pas de lien étab

Allaitement
Consulter les infos e bas de chaque fich médicament

Traitement de diverse pathologies chez la fem qui allaite
>> Cliquez ici

Dépakine® Dépakote® Dépamide®
>> Tout faire pour évi le valproate chez la femme enceinte

Acide folique
>> Pas d'intérêt avec anticonvulsivants

Médicaments dangereux cours de grossesse
>> Cliquez ici

Nous adhérons aux

Web Slice Gallery

Ibuprofène

Mise à jour : 25 avril 2012

ADVIL® - BRUFEN® - GELUFENE® - NUREFLEX® - NUROFEN®

L'ibuprofène est un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) utilisé par voie orale et cutanée.

ETAT DES CONNAISSANCES (cliquez ici)

EN PRATIQUE

L'utilisation ponctuelle ou chronique d'ibuprofène est formellement contre-indiquée à partir du début du 6° mois de grossesse (24 SA) (cf. **lettre Afssaps**).

- **En prévision d'une grossesse**
  - Dans la mesure du possible, on arrêtera le traitement dès le début de la grossesse (Cf. « **Etat des connaissances** »).
  - On pourra avoir recours à d'autres **antalgiques** ou aux **corticoïdes**.
- **Traiter une femme enceinte**
  - On évitera la prise d'ibuprofène, si possible, même ponctuellement, jusqu'au début du 6° mois (24 SA) (Cf. « **Etat des connaissances** »).
  - Au-delà du début du 6° mois (24 SA) l'utilisation d'ibuprofène est formellement contre-indiquée (Cf. « **Etat des connaissances** »).
  - On pourra avoir recours, quel que soit le terme de la grossesse, à d'autres **antalgiques** ou aux **corticoïdes**.
- **Découverte d'une grossesse pendant le traitement**
  - **Rassurer** la patiente quant au risque malformatif de l'ibuprofène.
  - On évitera la prise d'ibuprofène, si possible, même ponctuellement, jusqu'au début du 6° mois (24 SA) (Cf. « **Etat des connaissances** »).
  - Au-delà du début du 6° mois (24 SA) l'utilisation d'ibuprofène est formellement contre-indiquée (Cf. « **Etat des connaissances** »).
  - On pourra avoir recours, quel que soit le terme de la grossesse, à d'autres **antalgiques** ou aux **corticoïdes**.
- **Allaitement**

Par saisie
OK
Par ordre alphabétique
A B C D E F G H I J K L M N O
P Q R S T U V W X Y Z

BIBLIOGRAPHIE
Lien bibliographique

Pour en savoir plus :

Douleur et grossesse
Douleur et allaitement
Migraine et grossesse
Migraine et allaitement
Migraine : Recommandations ANAES

A RETENIR

-l' effet indésirable médicamenteux est toujours un diagnostic d' élimination…
(il faut donc rechercher une étiologie autre)

-mais : toujours y penser devant un évènement inhabituel

…« ET SI C' ÉTAIT LE MEDICAMENT? »

EN RESUME

BIEN PRESCRIRE

Prioriser les pathologies
Respecter les indications

Prendre en compte :
Les paramètres pharmacologiques du mdt
Environnement du patient

RESPECTER

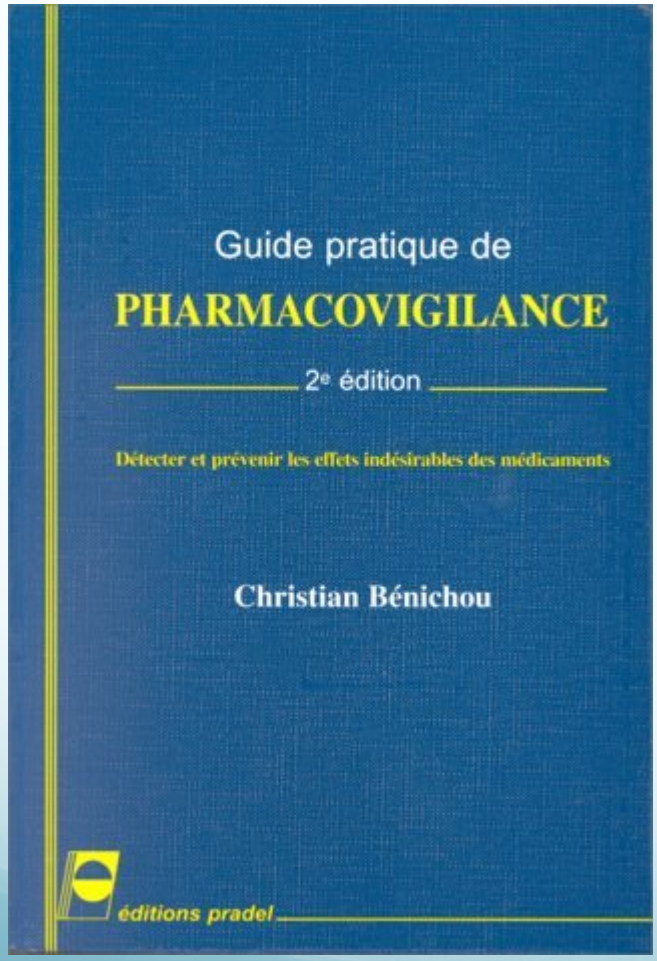
Les posologies (poids , fonction rénale)
La durée de traitement
Les interactions médicamenteuses

EXPLIQUER l'ordonnance

REEVALUER régulièrement l' ordonnance

Références cours Iatrogénie D3

- BENICHOU Guide pratique de pharmacovigilance (seconde édition) chez Pradel



…et sur internet

Déclaration pharmacovigilance :

http://ansm.sante.fr/Activites/Pharmacovigilance/Declarer-un-effet-indesirable-lie-a-l-utilisation-d-un-medicament/%28offset%29/4

https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_10011.do

https://extranet.chu-nice.fr/prod-DRCI/modules/smartsection/item.php?itemid=25

Intéractions médicamenteuses :

->le thésaurus

http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Interactions-medicamenteuses/Interactions-medicamenteuses/Le-Thesaurus/Mode-d-utilisation-du-Thesaurus

http://cardiologie.edimark.fr/publications/articles/les-interactions-medicamenteuses-role-des-cytochromes-p450/3905

Autres sites utiles :

->Ansm http://ansm.sante.fr/?UserSpace=pro

->Agence européenne du médicament

http://www.ema.europa.eu/ema/

➔HAS (classé par item) http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_646948/epreuves-classantes-nationales-ecn-mot-du-president-sommaire-mode-d-emploi?xtmc=&xtcr=4

➔Eviter les effets indésirables par interactions médicamenteuses. Comprendre et décider. Guide 2012. Rev Prescrire 2011; 338 (supplément):1-464.